

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

78

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Alexandre CARTEAUD

Né le 14 août 1897, à Paris.

PAPILLOMATOSE CONFLUENTE
ET RÉTICULÉE

Président : GOUGEROT, Professeur.

GRANDE LIBRAIRIE MÉDICALE A. MALOINE

NORBERT MALOINE, ÉDITEUR

27, Rue de l'École de Médecine, 27

PARIS-1929



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Alexandre CARTEAUD

Né le 14 août 1897, à Paris.

PAPILLOMATOSE CONFLUENTE
ET RÉTICULÉE

Président : GOUGEROT, Professeur.

GRANDE LIBRAIRIE MÉDICALE A. MALOINE

NORBERT MALOINE, ÉDITEUR

27, Rue de l'Ecole de Médecine, 27

PARIS-1929

LISTE DES PROFESSEURS

LE DOYEN M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Clinique médicale.	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN.
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	LARDENNOIS . .	Pathologie chirurgi- cale.
ALAJOUANINE . .	Neurologie et psychia- trie.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LEROUX	Anatomie pathologi- que.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale.	LEVY-SOLAL . . .	Obstétrique.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LHERMITTE . . .	Pathologie mentale.
BINET	Physiologie.	LIAN	Pathologie médicale.
BLANCHETIÈRE .	Chimie biologique.	MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
BROCQ	Pathologie chirurgi- cale.	MERCIER	Pharmacologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.	METZGER	Obstétrique.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.	MONDOR	Pathologie chirurgi- cale.
CHABROL	Pathologie médicale.	MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY	Pathologie médicale.	MULON	Histologie.
CLERC	Pathologie médicale.	OBERLIN	Anatomie pathologi- que.
DEBRÉ	Hygiène.	OLIVIER	Anatomie.
DOGNON	Physique.	PHILIBERT	Bactériologie.
DONZELOT	Pathologie médicale.	QUÉNU	Pathologie chirurgi- cale.
DUVOIR	Médecine légale.	RICHET Fils . . .	Physiologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	SÉZARY	Dermatologie et sy- philigraphie.
FISSINGER	Pathologie médicale.	VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie experimen- tale.	VAUDESCAL . . .	Obstétrique.
GATELLIER	Pathologie chirurgi- cale.	VELTER	Ophthalmologie.
HARVIER	Pathologie médicale.	VERNE	Histologie.
HEITZ-BOYER . .	Urologie.		
HOVELACQUE . . .	Anatomie.		
HUTINEL	Pathologie médicale.		
JOYEUX	Parasitologie.		
LABBÉ (Henri) . .	Chimie biologique.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

Pour le service des examens.

MM.		MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
DEMELIN	Obstétrique.	RETTERER	Histologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	TANON	Pathologie médicale.
LEQUEUX	Obstétrique.	ZIMMERN	Physique.

(ANNEXE)

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LEREBoullet . .	Clinique médicale in- fantile.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 7 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Que ce modeste travail soit pour eux
le témoignage de mon amour et de ma
reconnaissance.*

A MA FEMME

*Qui fut pour moi une collaboratrice
dévouée au cours de mes études.*

A MON FILS

A MON BEAU-FRÈRE

*En souvenir des années de guerre et
de nos souffrances communes.*

A MES AMIS

MORTS POUR LA FRANCE

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. GOUGEROT

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Président de la Société française de prophylaxie sanitaire
et morale.

*Au maître qui m'a inspiré ce travail, guidé
chaque jour de ses conseils et témoigné tant
de bienveillance. Il a favorisé mes premiers
pas en dermatologie et a bien voulu me faire
bénéficier par son enseignement de chaque jour
et ses entretiens intimes, de sa haute culture
médicale. Je ne saurais jamais trop lui ex-
primer ma profonde reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. TRÉMOLIÈRES

Médecin de l'Hôpital Boucicaut.

Qui dans ma dernière année d'Externat et dans ma dernière année d'Internat m'a prodigué ses bienveillants conseils.

C'est lui qui par son enseignement quotidien et ses démonstrations au lit du malade, m'a donné le goût de l'investigation clinique et développé le sens critique. Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de mon infinie reconnaissance.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON

MM. les Professeurs : L. CHAPOY (*In memoriam*), MANDEREAU,
GAUDRON, PRIEUR (*In memoriam*), ROLAND (*In memoriam*),
LEDOUX, BOLOT, LIMON. 1919-1920.

MM. les D^{rs} TISSERAND, R. CHAPOY, CAILLODS (*In memoriam*).
1919-1920.

A M. le Professeur BAUFFLE

*Qui par son enseignement hospitalier et ses
causeries amicales m'a appris à aimer la cli-
nique et à persévérer dans mes études.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage bénévole.

M. le Professeur agrégé ARROU, Chirurgien de l'Hôpital La Pitié. 1920-1921.

Externat.

MM. le Docteur MOUCHET, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis. 1921-1922.
le Docteur BRÉCHOT, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis. 1922-1923.
le Professeur JEANSELME, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis. 1922-1923.
le Docteur agrégé THIROLOIX, Médecin de l'Hôpital La Pitié. 1923-1924.
le Docteur TRÉMOLIÈRES, Médecin de l'Hôpital Ambroise-Paré. 1924-1925.

Internat.

MM. le Professeur agrégé MATHIEU, Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-
Malades. 1925-1926.
le Docteur AVIRAGNET, Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.
le Professeur agrégé ABRAMI, Médecin de l'Hôpital Ambroise-Paré.
le Docteur HERSCHER, Médecin de l'Hôpital Tenon. 1926-1927.
le Professeur JEANSELME, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis. 1927-1928.
le Professeur GOUGEROT, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis. 1927-1928.
le Docteur TRÉMOLIÈRES, Médecin de l'Hôpital Boucicaut. 1928-1929.
le Docteur MILIAN, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis. 1928-1929.

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. le Professeur agrégé FLORENT (*In memoriam*).

M. le Docteur P. CHEVALLIER, Médecin des Hôpitaux.

Qui fut mon Chef de Conférence, mon conseiller de chaque heure et le maître toujours bienveillant à qui je garde une profonde reconnaissance.

MM. le Docteur R. MONOD, Chirurgien des Hôpitaux.

le Docteur FEUILLÉ, Médecin des Hôpitaux.

le Docteur ROUILLARD, Médecin des Hôpitaux.

le Docteur DE GENNES, Médecin des Hôpitaux.

MM. les Docteurs BURNIER, LEFÈVRE, SCHULMANN, RIMÉ, TERRIS (*In memoriam*), G. LÉVY, HUFNAGEL, P. BLUM, DAYRAS, LAFOURCADE, WILMOTH, MASSART, BRISAUD, R. DUCROQUET, GODLEWSKI, anciens chefs de clinique à la Faculté et Assistants des Hôpitaux.

M^{lle} le Docteur O. ELIASCHEFF, Chef du Laboratoire d'Histologie de la Clinique dermatologique.

M. le Docteur A. TARDIEU, Assistant de l'Hôpital Boucicaud.

Qu'il trouve ici le témoignage de ma grande et sincère amitié.

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

Cette étude nous a été inspirée par notre maître le professeur Gougerot à propos de trois cas observés avec lui à la consultation dermatosyphiligraphique de l'hôpital Saint-Antoine.

Il semble bien que cette dermatose soit rare, si rare qu'elle resta longtemps innommée. Si le nom de papillomatose confluyente et réticulée que le professeur Gougerot lui a donné peut paraître un peu long, ce nom a l'avantage, en l'absence de la connaissance de l'étiologie encore obscure, de rappeler les principaux caractères morphologiques de l'affection.

Notre travail consistera à exposer les notions que nous possédons à ce jour : observations cliniques, histologiques et évolutives. Puis nous montrerons que cette papillomatose est différente d'autres dermatoses déjà décrites et semblant s'en rapprocher. Enfin nous envisagerons les hypothèses étiologiques et pathogéniques soulevées par cette affection, problème des plus intéressant à étudier en vue des actions thérapeutiques possibles qui peuvent en découler.

PAPILLOMATOSE CONFLUENTE ET RÉTICULÉE

I

ÉTUDE CLINIQUE

Données étiologiques. — Des trois malades que nous avons observés, deux sont des femmes de vingt et un ans et de vingt-cinq ans, le troisième est un homme de dix-neuf ans. Le petit nombre d'observations ne permet pas de conclure s'il existe une prédilection spéciale pour un sexe ou pour l'autre. Par contre, l'âge des malades semble jouer un rôle ; en effet, les trois malades sont des sujets jeunes s'échelonnant de quinze à vingt-cinq ans.

Les causes restent inconnues. Aucun de ces trois malades n'était porteur d'autres sortes de verrues ; il ne semble pas que des infections antérieures aient eu une influence sur l'apparition de la dermatose. On peut discuter le rôle joué par les troubles endocriniens, en particulier par les dysthyroïdies.

Symptomatologie. — Cinq ordres de faits dominent la symptomatologie :

- 1° Le siège des lésions initiales et leur lieu de prédilection ;
- 2° La topographie des éléments ;
- 3° La morphologie spéciale de la lésion élémentaire ;
- 4° La figuration ;
- 5° Les lésions associées : axillaires, sacrées, etc.

1° SIÈGE DES LÉSIONS INITIALES A LA RÉGION INTERMAMMAIRE.

Dans les trois cas que nous avons observés, le début s'est fait à la région inter mammaire, aussi bien chez les deux femmes que chez l'homme. C'est toujours à ce niveau que l'attention des malades

fut attirée, et c'est toujours pour cette localisation qu'ils consultèrent. C'est à ce même endroit que plus tard les lésions seront les plus nettes et les plus accentuées.

2^o TOPOGRAPHIE DES ÉLÉMENTS : LOSANGE INTERMAMMAIRE
ET LOSANGE INTERSCAPULAIRE

Les lésions élémentaires, petites papules d'abord isolées, confluent à la région inter mammaire, formant une nappe losangique

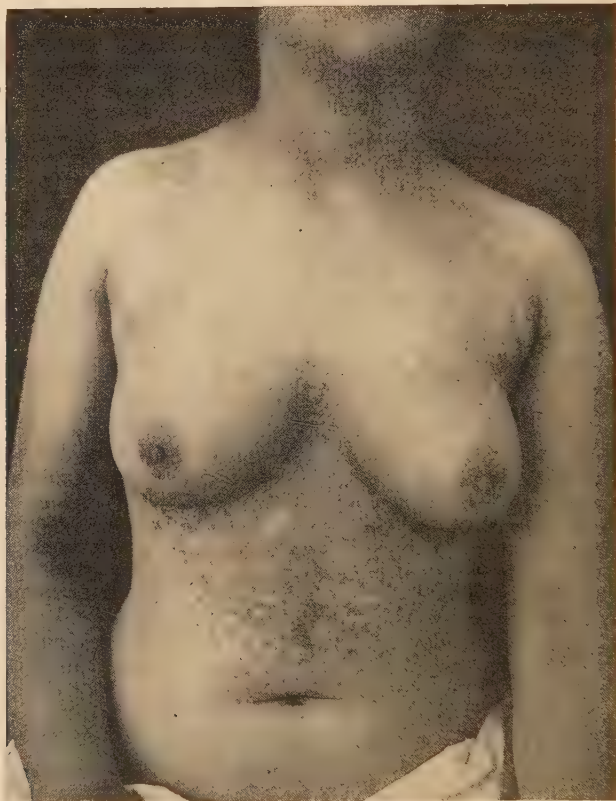


Fig. 1. — Papillomatose confluyente et réticulée. Vue d'ensemble : siège de prédilection des lésions inter mammaires. (Observation I.)

à grand axe médian, suivant la ligne sterno-xyphoïdo-ombilicale. Des deux angles latéraux du losange, s'égrènent sous forme de traînée à concavité supérieure, des lésions semblant suivre le sillon sous-mammaire, pouvant essaimer quelques éléments isolés jus-

qu'aux aisselles. Du sommet supérieur du losange, des éléments descendent sur la ligne xyphoïdo-ombilicale, en direction de l'ombilic, formant une traînée linéaire confluyente ou des petites papules isolées.

A côté de cette localisation inter mammaire initiale et prédominante, il en est une autre, inter scapulaire, que nous avons toujours

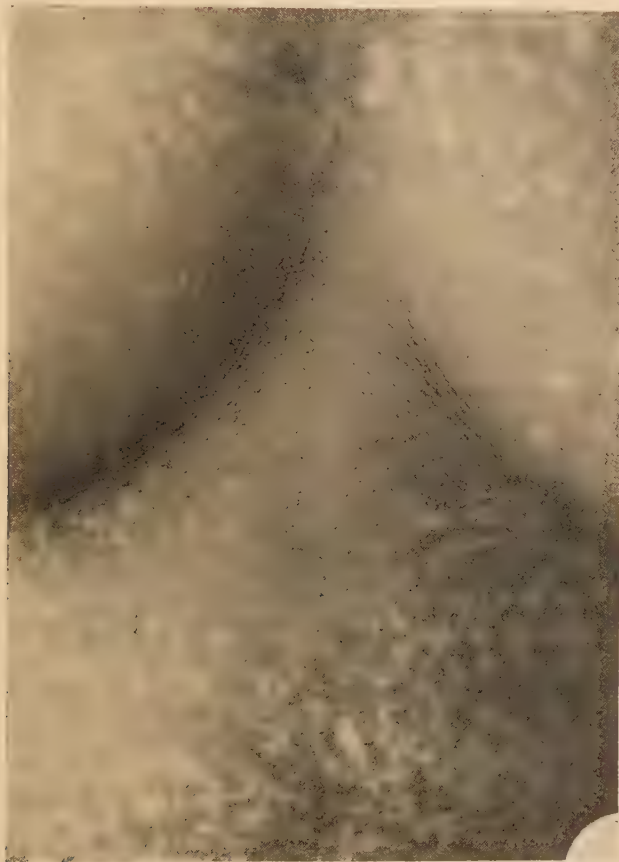


Fig. 2. — Papillomatose confluyente et réticulée. Lésions inter mammaires vues de plus près : lésions confluentes du centre, réticulées sur les bords et papules isolées dans la zone d'envahissement. (Observation I.)

retrouvée à un degré plus ou moins accentué, très étendue chez deux des malades, réduite à un placard de 3 centimètres chez une malade. Les lésions du dos forment une nappe losangique à grand axe vertical, constitué par la ligne des apophyses épineuses. Le sommet inférieur de ce losange se prolonge souvent très bas, de

façon très effilée : il peut atteindre même dans certains cas le sillon interfessier. Des bords supérieurs du losange interscapulaire, peuvent s'essaimer des éléments qui passent en bretelle par-dessus les épaules et vont parfois en chaînes discontinues rejoindre des éléments du losange inter mammaire.

Outre ces deux zones de prédilection, la papillomatose s'observe inconstamment et moins marquée, sur d'autres territoires.

A la partie inférieure de la colonne lombaire, on peut noter des éléments formant là une petite plaque sacrée et même une plaque interfessière, qui sont en continuité avec le losange interscapulaire.

Le long de la ligne blanche, du pubis et des plis inguinaux, on peut noter des lésions qui sont en prolongement du losange inter mammaire.

Sur les parties latérales du thorax, se disséminent parfois quelques papules.

Aux aisselles, les lésions, faites d'hypertrophie papillaire en nappe, apparaissent de figurations différentes que celles notées à la région inter mammaire, mais elles semblent du même ordre.

Au cou, la peau a ses « vagues » hypertrophiées, mais reste lisse, non papillomateuse dans deux des trois cas, des lésions papillomateuses isolées et réticulées commencent chez le malade n° II.

3^o MORPHOLOGIE DES LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES :

PAPULES PAPILLOMATEUSES

Cette lésion élémentaire initiale est une papule très peu saillante ainsi que l'observation à jour frisant d'une part et le toucher délicat d'autre part, peuvent en témoigner ; papule petite, d'un diamètre ne dépassant pas 1 à 2 millimètres au début, arrondie, plate, de couleur rose et à peine granitée, à bords nettement marqués.

Très rapidement, cette papule en vieillissant change de caractère morphologique. Elle perd sa teinte rose, devient grisâtre, et le plus souvent brunâtre en se pigmentant très légèrement ; l'épiderme s'épaissit et devient rugueux, plus nettement granité ; parfois même presque verruqueux et l'élément ressemble alors assez à une verrue plane juvénile.

Plus vieilles encore, les papules grossissent et peuvent atteindre 4 à 5 millimètres de diamètre. Elles confluent alors en nappes continues à bords réticulés aux lieux d'élection, leurs bords en sont brusques, rarement et à peine estompés. Ces nappes, surtout celle inter mammaire, donnent de loin l'aspect du pityriasis versicolor.



Fig. 3. — Papillomatose confluyente et réticulée. Lésions interscapulaires et sacrées.
(Observation I.)

Mais ces plaques ne sont nullement desquamantes. Au toucher elles apparaissent légèrement surélevées, un peu rugueuses. Il n'y a pas d'infiltration sous-jacente.

Le grattage méthodique de Brocq ne donne pas de squames réelles; tout au plus détermine-t-il des stries très légèrement farineuses.

4^o FIGURATION

En se multipliant, les petites papules ont deux tendances : confluer en une nappe uniforme au centre, et dessiner un réticulum sur les bords des placards confluent.

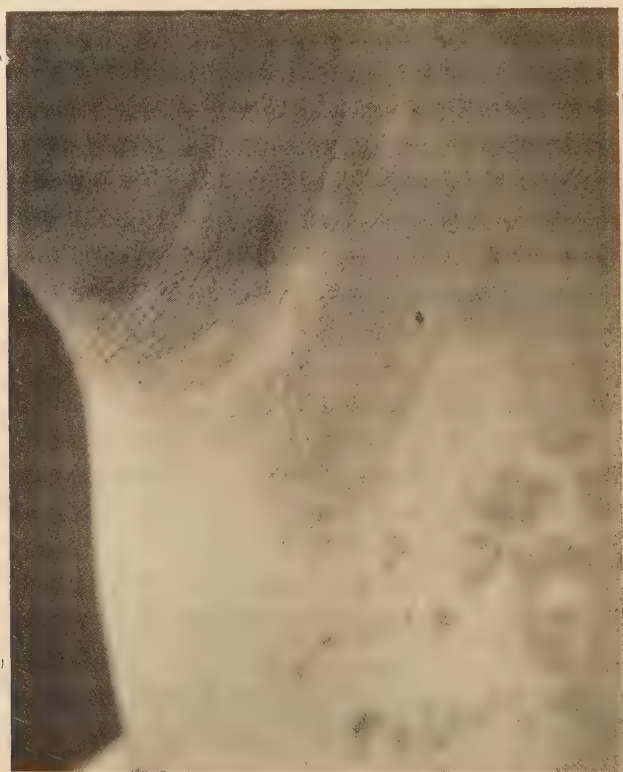


Fig. 4. — Papillomatose confluyente et réticulée. Lésions de l'aisselle : Hypertrophie générale des papilles avec exagération des plis près du sein. Papules isolées dans la zone d'envahissement ébauchant une disposition réticulée. (Observation I.)

La nappe centrale peut alors atteindre plusieurs centimètres carrés de surface papillomateuse continue. Le réticulum qui en part est formé d'un réseau papillomateux de 1 à 4 millimètres de large, identique aux papules élémentaires encerclant des mailles de 5 à 15 millimètres de peau saine.

5^o LÉSIONS ASSOCIÉES : AXILLAIRES, SACRÉES, ETC.

Les lésions des autres sièges ont les mêmes caractères sauf au cou et aux aisselles.

Au cou, on ne voit que l'augmentation des vagues normales de la peau sans papillomatose, mais la malade n^o II (en décembre 1928) commence des lésions papillomateuses réticulées.

Aux aisselles, les lésions se montrent un peu différentes tout au moins chez deux de nos malades : il y a augmentation diffuse généralisée en nappe des crêtes papillaires parallèles, augmentation des glandes sous forme d'un léger pointillé saillant granité sans toutefois dilatation de leur orifice. Il y a augmentation également des plis épidermiques : l'épiderme est gris rose ou gris à peine brunâtre, on dirait un gazon papillaire coupé récemment, également et très finement. L'aspect n'est pas celui de l'acanthosis nigricans, car la teinte du tégument n'est pas brune ni noire, et l'épiderme reste très souple, non végétant.

Il n'y a ni lésions muqueuses, ni lésions des phanères.

Il n'existe pas de signes fonctionnels : douleur, prurit, sensation de chaleur ; cependant une des deux malades accusait un prurit très léger qui n'était vraiment marqué qu'aux époques menstruelles.

Évolution. — Lente et chronique, l'évolution est entrecoupée de poussées.

Cette papillomatose papuleuse confluyente et réticulée n'est pas congénitale. Elle apparaît entre quinze et vingt-cinq ans. Elle survient insidieusement, mais toujours le début se fait à la région inter mammaire. Sauf pour une de nos malades pour qui le prurit précéda la dermatose, la papillomatose n'est découverte par le sujet qu'au bout d'un certain temps, alors qu'elle avait déjà pris une certaine extension.

L'évolution semble lente, car nos malades venus consulter de trois à six ans après le début de la maladie ne sont atteints pourtant que de lésions assez localisées.

Elle paraît procéder par poussées ainsi que deux faits semblent en témoigner.

Chez la malade de l'observation I, à la suite d'une vaccination antivariolique, les éléments alors vieux de cinq ans et restés peu nombreux se multiplient soudain et s'étendent rapidement.

Chez la malade de l'observation II, nous avons nous-mêmes observé une poussée. Après avoir obtenu par la neige carbonique un amendement des lésions, peu de temps après se produisit une reprise sans cause connue. Cette reprise s'est faite non seulement à partir des éléments anciens en voie d'effacement, mais également sur des territoires jusqu'alors indemnes. C'est ainsi que nous avons noté l'apparition d'un réseau papillomateux et pigmentaire sur la face dorsale du cou, là où il n'existait au préalable qu'une simple exagération des « vagues épidermiques ».

Quel sera dans l'avenir l'extension de pareilles lésions, c'est là une question à laquelle nous ne pouvons actuellement répondre, faute d'observations anciennes.

OBSERVATION I.

(Présentée à la Société de Dermatologie le 10 novembre 1927.)

Cette femme âgée de vingt et un ans, mariée, sans antécédents, sans troubles viscéraux actuels, sans stigmates hérédo-syphilitiques (B.-W. négatif) a vu les premières lésions commencer il y a six ans, entre les seins et au creux épigastrique, s'étendre lentement jusqu'en mai 1927. A cette époque, sans cause certaine (elle accuse une vaccination antivariolique), les éléments se multiplient et s'étendent très rapidement sans troubles généraux, sans prurit.

Topographie. — Le 10 novembre 1928 les éléments sont nombreux et confluents entre les seins, au creux épigastrique, ils descendent vers la région sus-ombilicale, remontent au-dessus des seins vers les épaules, latéralement vers les aisselles.

Aux épaules ils descendent disséminés, moins confluents et d'aspect légèrement aréolaire, ils passent en bretelle dans le dos. Dans la région interscapulaire, ils forment une nappe confluyente sur la ligne médiane qui s'effile en pointe jusqu'au sillon interfessier et dessine un vaste losange à grand axe vertical constitué par la ligne des apophyses épineuses.

Il existe une plaque sacrée et une plaque interfessière et de petits éléments disséminés dans les plis vulvo-cruraux.

Sur les parties latérales du thorax on note quelques éléments disséminés.

Au cou l'épiderme est épaissi et ses vagues normales sont épaissies mais sans papillomatose.

Morphologie des éléments. — En certains endroits où les éléments restent sans confluer (partie latérale du sein) on retrouve la lésion élémentaire initiale.

Il s'agit d'une papule rosée, faisant à peine saillie, de 1 à 2 millimètres de diamètre, plate, qui rapidement brunit, se pigmente et se recouvre d'un épiderme épaissi non squameux, rugueux, presque verruqueux, brun sale, ressemblant à une verrue plane juvénile. A la période d'état, on voit des papules arrondies de 3 à 4 millimètres isolées ou plus souvent confluentes, brunes, pigmentées, ressemblant de loin à un pityriasis versicolor ; l'épiderme épaissi ne desquame pas, il est lisse avec accentuation des plis normaux, ou rugueux, finement granité, ou parfois presque verruqueux. Les bords sont brusques, ou à peine estompés sur 1 millimètre. Au toucher la papule est légèrement surélevée, légèrement rugueuse. Si l'on pratique le grattage méthodique de Brocq, on n'obtient pas de squame réelle, les orifices glandulaires ne sont pas élargis. Certains éléments semblent s'atrophier, s'aplatir, l'épiderme se plisse finement sans desquamer.

Dans les aisselles on note une augmentation des crêtes papillaires parallèles ; une augmentation des glandes sous forme d'un léger pointillé saillant, mais sans dilatation de leur orifice, et un épaississement en nappe de l'épi-

derme, mais celui-ci reste souple et sans squames, sans pigment, sans l'aspect de l'acanthosis nigricans.

Les muqueuses sont indemnes.

Il n'y a aucun signe fonctionnel, aucun prurit.

La grossesse ne paraît pas avoir eu d'influence sur l'évolution.

Tout d'abord à titre d'épreuve anti-mycosique, il a été fait à cette malade des applications locales au-dessus des deux seins de teinture d'iode au cinquième. Ce traitement, ainsi du reste que nous l'avions prévu, n'a pas amené la plus légère amélioration.

Le 18 novembre, elle a été envoyée à l'Institut d'Actinologie. M. Saïdman lui a fait au cours de trois séances (18, 21 et 27 novembre 1928) d'une part, des irradiations de rayons ultra-violets (lampe à vapeur de Hg) sous le sein gauche, d'autre part, une irradiation de rayons Bucky, à mi-chemin entre l'ombilic et la xyphoïde, et enfin et surtout de l'actinocautérisation sous le sein droit.

Nous avons revu la malade le 6 décembre 1927. A cette époque l'éruption avait très nettement pâli sur les seins et sur les épaules, c'est-à-dire à distance des points où des irradiations avaient été pratiquées. Aux points traités, il ne nous était pas possible à cette époque de conclure, car les brûlures produites par le traitement masquaient la dermatose elle-même.

Le 27 janvier 1928, c'est-à-dire deux mois après le traitement initial, l'on pouvait dire que d'une façon générale la dermatose s'était nettement amendée. L'amélioration a été surtout très marquée au-dessus des seins et aux épaules.

Le 24 avril 1928, nous avons noté une récurrence légère dans les deux cicatrices produites par l'actinocautére. De plus, sous les deux seins, il existait des lésions encore en activité. Enfin sur les parois antérieures des pectoraux, près des articulations scapulo-humérales, nous avons observé quelques lésions nouvelles. Notre intention a été alors de refaire de nouvelles cautérisations, mais notre malade étant enceinte de quatre mois, et habitant en province, n'a pu revenir à Paris pour le traitement. Nous savons qu'elle a accouché en octobre et que sa grossesse n'a pas eu d'influence notable sur sa dermatose. Nous nous proposons quand nous la reverrons de refaire des cautérisations, soit à l'actinocautére ou mieux au cryocautére, vu les résultats nettement satisfaisants que nous avons obtenus pour la malade de l'observation II, ou bien encore de la radiothérapie.

OBSERVATION II

(Présentée à la Société de Dermatologie le 8 mars 1928.)

Cette jeune fille âgée de vingt-cinq ans a eu quelques antécédents bacillaires (adénites cervicales fistulisées au cou à l'âge de dix-sept ans), et son père est mort de tuberculose pulmonaire à cinquante et un ans. Elle n'a pas d'antécédents spécifiques ; le Bordet-Wassermann est négatif.

Les lésions papillomateuses ont commencé entre les seins à l'âge de vingt-deux ans, par du prurit et ont atteint en un ou deux mois les dimensions actuelles ; et depuis lors, elles ont augmenté d'intensité, un léger prurit persiste intermittent, augmentant à chaque période menstruelle.

Il y a dix-huit mois, vers vingt-trois ans et demi, donc dix-huit mois après le début des papillomatoses intermammaires, elle a noté sur le haut du thorax, les épaules, le cou, les lésions que l'un de nous a décrit sous le nom de parakératose brillante¹ et elle accuse encore dans ces points un prurit léger. Il n'y a pas de forme clinique de transition nette entre les lésions de papillomatose et les parakératoses brillantes et ces deux dermatoses paraissent différentes, mais il est intéressant d'étudier cette association.

Les papillomatoses ont la même topographie que celle de la première malade : entre les seins elles forment un losange dont les bords empiètent sur les deux seins, l'angle inférieur descend sur la ligne médiane, en traînée irrégulière au delà de l'ombilic.

Elles ont la même figuration, petites lésions de quelques millimètres confluant en nappe et formant un réticulum en certains points.

Elles ont le même aspect grenu, toutefois à peine hyperkératosique, non squameux, pigmenté.

Dans le dos on note un petit losange de 3 centimètres environ, losange pigmenté.

Dans les aisselles, elle a le même aspect villeux et pigmenté des papilles.

Sur le cou, il y a une exagération des « vagues épidermiques » comprise entre les plis normaux de l'épiderme.

L'état actuel est excellent, mais la malade doit avoir des troubles pluri-glandulaires endocriniens car elle est obèse. De plus, cette jeune fille a toujours eu des règles irrégulières, douloureuses et peu abondantes.

Le 14 février, M. le Dr Vignat fait à cette malade deux cryocautérisations, en plein losange inter mammaire.

Le 21 février, nous revoyons la malade et constatons une amélioration considérable. Le 28 février, la malade paraît guérie et, fait important à signaler, là même où il n'y a pas eu de cryocautérisation, la dermatose a disparu.

Le 24 avril, nous notons une légère reprise sous les seins, à la périphérie du losange intermammaire.

Le 15 mai 1928, cette reprise s'est accentuée et il semble que les lésions reprennent entre les seins. De plus, il y a une augmentation très nette des éléments des aisselles, enfin ébauche de lésions sur le cou.

Le 3 août 1928, l'augmentation est très nette sur la face dorsale du cou, et ils s'est formé un réseau réticulé typique. Au-devant de la poitrine, la réapparition des éléments est manifeste.

En septembre et octobre 1928, il a été fait à la malade de nouvelles cryo-cautérisations ainsi que des applications d'acide salicylique.

Le 22 novembre les lésions intermammaires ont presque disparu, par contre les lésions des aisselles persistent. Enfin sur le cou il semble que des éléments très jeunes (papilles rosées) apparaissent et forment déjà une figuration réticulée. Un nouvel examen général révèle des bouffées de chaleur, et des palpitations de cœur. Elle dit que ses dernières règles ont été très peu abondantes, et n'ont duré que deux jours ; tension artérielle de 12,5 et 8,5 au Vaquez, légère tachycardie (85) et un corps thyroïde un peu gros. La malade a été soumise à un traitement ovarien.

OBSERVATION III

(Présentée à la Société de Dermatologie le 19 avril 1928.)

Ce jeune homme de dix-neuf ans, Slave-Roumain, nous est adressé par M. le professeur Vidal. Il a eu, à la puberté, vers l'âge de quatorze ans, des troubles pluriglandulaires qui ont amené une obésité de 84 kilos, des crises douloureuses hépatiques et de l'ictère, et à dix-sept ans, un chancre mixte intensément traité. Le Bordet-Wassermann est négatif.

Les lésions cutanées de papillomatose pigmentée papuleuse réticulée ont commencé au début de 1926 à l'âge de seize ans, dans la région inter mammaire où elles ont leur maximum d'intensité; elles envahissent latéralement, symétriquement, sous forme d'une traînée à concavité supérieure qui semble suivre le sillon sous-mammaire, essaimant des papules isolées jusque vers les aisselles. Elles descendent sur la ligne médiane de l'abdomen, en une étroite traînée rejoignant un placard interscapulaire trapézoïde et un placard atténué mal délimité au sacrum.

Elles ont exactement les mêmes topographie, morphologie, figuration, association que dans les deux observations précédentes.

Le malade n'a pas été revu.

II

ÉTUDE HISTOLOGIQUE

*(En collaboration avec M^{lle} le Docteur O. Eliascheff,
Chef du laboratoire d'histologie de la Clinique.)*

Une seule biopsie a été faite (observation II), les deux autres malades ayant refusé. De plus, cette biopsie n'a pu être que tardive, alors que les lésions étaient en régression. Le prélèvement a été pratiqué en pleine région intermammaire.

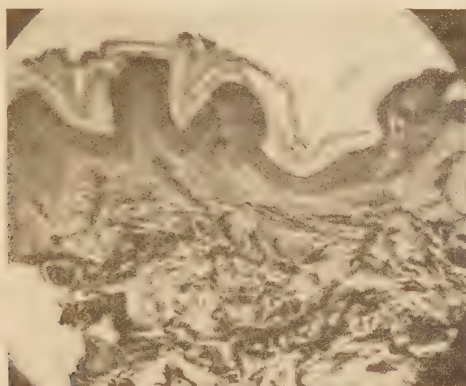


Fig. 5. — Histologie de la papillomatose confluyente et réticulée (vue d'ensemble). Hyperkératose lamelleuse. Papillomatose. Atrophie du corps muqueux de Malpighi.

Hyperkératose très prononcée. Hyperkératose lamelleuse sans microabcès.

Papillomatose légère. La ligne épidermique est sur certains points très sinueuse, la couche cornée et le corps muqueux restant parallèlement ordonnés.

Le corps muqueux de Malpighi semble légèrement atrophié.

Les cellules basales n'ont pas conservé partout leur disposition en palissade.

Les cellules épineuses sont globuleuses, elles ont perdu leurs filaments d'union.

La couche granuleuse n'est représentée que par une seule rangée de cellules allongées, aplaties, pauvres en kératohyaline. En quelques points de la coupe, elle est absente.

Le corps papillaire paraît normal ainsi que le derme proprement dit.

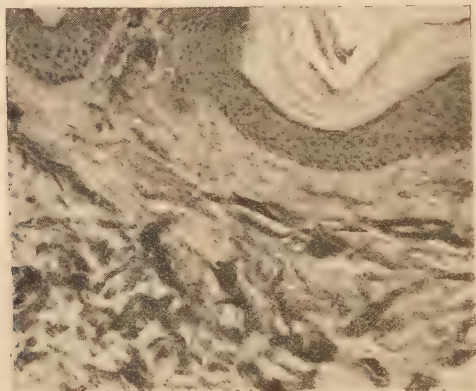


Fig. 6. — Histologie de la papillomatose confluente et réticulée (grossissement plus fort). Hyperkératose. Atrophie du corps muqueux de Malpighi. Absence de la disposition normale en « pallissade » des cellules de la basale.

Pas de lésions vasculaires proprement dites, mais une légère infiltration suit les vaisseaux.

Les glandes sébacées sont normales.

Les poils sont conservés.

Nous n'avons pas rencontré de glandes sudoripares ;

Le tissu élastique a conservé ses arborisations dans le corps papillaire.

Dans le derme proprement dit, le tissu élastique est émietté dans son ensemble. Il se présente sous forme de tronçons très fins et très courts. Cet aspect reste le même dans toute la profondeur de la coupe. Il se colore normalement par les colorants usuels ¹.

1. On trouvera pages 29, 33 et 35 la comparaison avec les processus voisins.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les causes de la papillomatose papuleuse, confluyente et réticulée restent encore inconnues. En effet, ni par l'étude clinique, l'évolution ou la thérapeutique de l'affection, ni par l'étude histologique, nous n'avons pu trouver un facteur digne d'être retenu.

Les comparaisons avec les processus morbides voisins ne nous ont pas renseigné davantage et l'on ne peut que discuter, sans conclusion, les différentes théories qui ont été soulevée, à propos des autres processus verruqueux.

La théorie irritative analogue à celle invoquée pour les radiolucites n'est pas soutenable, car on ne trouve chez nos malades aucune irritation locale et les lésions siègent à l'abri de la lumière dans les régions couvertes.

La théorie toxique n'a aucune base, car aucun des trois malades n'absorbait de toxiques ou de médicaments, ne maniait de produits chimiques et ne semblait fabriquer de produits autotoxiques.

La théorie *parasitaire* serait la plus séduisante et nous poursuivons les recherches d'auto et d'hétéro-inoculation. En effet, des travaux très intéressants ont prouvé l'origine microbienne des verrues vulgaires et des verrues planes, ce que la voix populaire savait depuis longtemps.

Des expériences médicales ont confirmé les notions populaires : en 1891, Payne rapporte une observation d'inoculation accidentelle : un coup d'ongle dans une verrue amène chez le sujet l'apparition d'une verrue sous-unguéale. En 1893, Variot reproduit les verrues par inoculation de sang pris au sein de verrues. Jadassohn en 1894 obtint les mêmes résultats en procédant par greffes. Dans les deux sortes de recherches, l'incubation serait de sept semaines à trois mois. Il est à noter que si les verrues produites sont histologiquement des verrues typiques, elles ne deviennent jamais très

importantes et la plupart d'entre elles disparaissent spontanément. (Il semble que le passage d'un sujet à un autre ait atténué la virulence de l'agent infectieux.)

Les expériences de Wile et Kingery faites en 1919 montrent qu'il s'agit d'un virus filtrant ¹. Les verrues ² prélevées à la curette sont broyées au mortier avec du sérum physiologique, le liquide est filtré sur Berkefeld puis vérifié bactériologiquement stérile. Ils pratiquèrent des hétéro-inoculations par injection intradermique. Au bout de temps variables (entre un mois et un mois et demi), ils observèrent l'apparition de verrues qui furent histologiquement et cliniquement semblables à des verrues planes. Ce virus semble fragile car une partie du filtrat conservé dans de la glycérine et inoculé ne provoqua pas le développement d'éléments variqueux.

Serra, en 1924, a repris ces expériences et a pu reproduire chez l'homme la verrue typique par inoculation du filtrat de verrue vulgaire.

Enfin la théorie néoplasique ou nævique soulevée à propos des verrues séniles que Darrier considère comme des nævi tardifs est possible ³ : si les lésions intermammaires ne ressemblent à aucun nævus connu, les lésions axillaires sont en faveur des papillomatoses non parasitaires.

1. KÜHNEMAN a trouvé en 1889 un bacille qu'il a pu cultiver et inoculer avec succès aux différents animaux de laboratoire, mais ce bacille n'a pas été retrouvé depuis par les autres chercheurs.

2. Les auteurs, le plus souvent, ne précisent pas de quelle sorte de verrue il s'agit.

3. DARRIER. *Précis de Dermatologie*. 1928, p. 264.

IV

TRAITEMENT

Il faut, en l'absence d'étiologie connue, procéder par analogie.

Les kératolytiques : résorcine, acide salicylique, les réducteurs forts (acide chrysophanique) ont une action manifeste mais qui ne paraît durable : après décapage et guérison apparente, les lésions d'hyperkératose réapparaissent.

Les destructions physiothérapiques : neige carbonique, diathermie, électro-coagulation, actino-cautère semblent plus actives, surtout la neige carbonique qui ne donne pas de cicatrices. En cas d'échec, la radiothérapie sera à tenter.

La destruction partielle d'un large secteur a paru un moment faire régresser les zones verruqueuses non traitées, mais ce fut passager.

Si l'étiologie parasitaire se confirme, on pourrait essayer les autres médications locales des verrues : teinture de thuya (Sicard et Lamy), formol liquide (Gougerot), bisulfite de soude liquide, etc., et à l'intérieur : silicate de magnésie et magnésie associés, thuya, chlorure de magnésium (Pierre Delbet), etc...

CLASSIFICATION NOSOLOGIQUE ET DIAGNOSTIC

Cette papillomatose est différente cliniquement et histologiquement des : verrues planes, verrues vulgaires, verrues séniles, épidermodysplasia verruciformis, maladie de Darier, maladie de Fox Fordyce, acanthosis nigricans, ainsi que le prouvent les tableaux comparatifs suivants :

Papillomatose papuleuse confluente et réticulée.

Verrues planes juvéniles.

La papillomatose débute entre quinze et vingt-cinq ans.

Les verrues planes débutent souvent plus précocement ; les enfants en sont fréquemment atteints.

Les lésions initiales siègent entre les seins et c'est à cet endroit qu'elles seront maxima. La face reste intacte ainsi que le cuir chevelu.

C'est la face au contraire qui est particulièrement atteinte, notamment les joues, les tempes, le front et le menton. Les régions inter mammaire et dorsale ne sont pas atteintes.

La lésion élémentaire est une petite papule verruqueuse grisâtre qui le plus souvent se pigmente légèrement et qui devient plus intense que celle de la verrue plane, plus grisâtre, plus sale.

Il s'agit bien d'une papule, mais celle-ci ne devient jamais aussi foncée que celle de la papillomatose papuleuse confluente et réticulée et reste plus discrète, plus propre.

Les papules tendent à former par leur confluence des nappes continues et réticulées caractéristiques.

Dans quelques cas, les verrues peuvent confluer, mais elles ne donnent lieu ni à des nappes étendues, ni à un réticulum.

**Papillomatose papuleuse con-
fluente et réticulée.**

Verrues planes juvéniles.

Il existe des lésions associées, cou,
aisselles.

Les verrues ne s'accompagnent
pas du moins régulièrement, de
semblables lésions.

Le corps muqueux de Malpighi
est légèrement atrophié (sur une
lésion en régression).

Le corps muqueux de Malpighi
est épaissi (acanthose).

La couche granuleuse est mince,
parfois absente.

La couche granuleuse est hyper-
trophiée (granulose).

Papillomatose modérée.

Papillomatose plus marquée.

Ligne de l'épiderme plus sinueuse.

Ligne moins sinueuse.

Lésions importantes du tissu élas-
tique dermique.

**Papillomatose papuleuse con-
fluente et réticulée.**

Verrues vulgaires.

Apparition entre quinze et vingt-
cinq ans.

Apparaissent à tous âges.

Siège de prédilection : la région
intermammaire.

Siège de prédilection : la face dor-
sale ou les faces latérales des doigts
et de la main.

La lésion élémentaire est une
petite papule plate très peu saillante,
qui reste discrète.

La verrue vulgaire est une levure
assez saillante, très papillomateuse,
souvent intense.

Les éléments les plus gros ne dé-
passent pas 5 à 6 millimètres.

Les verrues peuvent atteindre le
volume d'une fève.

La confluence des éléments forme
des nappes confluentes d'aspect ré-
ticulé sur les bords.

Les verrues peuvent confluer en
placards mais rarement et ne for-
ment pas de réticulum.

La papillomatose est accompagnée
de lésions associées particulières.

Cette association n'existe pas
pour les verrues vulgaires.

**Papillomatose papuleuse con-
fluente et réticulée.**

Verrues séniles.

La papillomatose apparaît toujours chez des jeunes sujets.

Ce n'est que rarement avant quarante ans que les verrues séniles se développent.

La zone de prédilection est inter-mammaire.

Ce sont les flancs et la ceinture qui sont touchés de préférence.

La lésion élémentaire est une petite papule plate, presque pas saillante et toujours de petite taille.

La verrue sénile est nettement sur-élevée, parfois surplombe le tégument avoisinant, enfin est beaucoup plus grosse, atteignant souvent la taille d'une amande.

Ni le grattage ni le savonnage ou la friction à l'éther ne permettent de détacher un enduit de la lésion élémentaire.

Par ces moyens divers il est possible de détacher un enduit adhérent, corné et gras, de couleur grise ou brune, recouvrant une surface mamelonnée, gaufrée ou en chou-fleur.

Les lésions sont confluentes et offrent sur leurs bords un aspect réticulé très spécial.

Les verrues quand elles s'agglomèrent ne donnent jamais lieu à une telle disposition.

**Papillomatose papuleuse con-
fluente et réticulée.**

**Épidermodysplasis verruciformis
de Lutz et Lewandowski¹.**

Les lésions ne sont pas congé-
nitales, elles paraissent dans l'adoles-
cence ou à l'âge adulte.

Les lésions sont apparentes « de-
puis la naissance ».

Elles débutent par la région inter-
mammariaire où elles ont leur inten-
sité maxima, elles tendent à rester
médianes par exemple sur l'abdo-
men. — Elles peuvent se disséminer
sur le tronc symétriquement, mais
sans se généraliser.

Elles sont disséminées « sur tout
le corps ».

La peau de la tête et du cuir che-
velu est indemne.

« La peau de la tête depuis l'en-
fance montre toujours une riche
desquamation. »

La lésion élémentaire est une
petite papule verruqueuse finement
grenue, à peine squameuse et le plus
souvent pigmentée.

« Les plus petits éléments sont
des papules de 2 millimètres de dia-
mètre, rondes ou ovalaires, ou poly-
gonales à bords nettement séparés
de la peau normale et à pic, à sur-
face plane. »

Les lésions en se multipliant con-
fluent en nappe, formant sur les
bords un réticulum à larges mailles
arrondies, et essaient des papules
isolées qui restent petites sans dé-
passer 5 millimètres.

« De ces petits éléments existent
toutes les transitions vers les pla-
ques de 10 à 20 millimètres, leur
bord est finement polycyclique. »

La papule peut être rose au dé-
but, mais elle ne devient pas rouge
violacé, au contraire elle devient
légèrement brunâtre.

La coloration des papules varie
du rose pâle au rouge violacé. Il
n'y a pas de pigment.

La couche cornée est épaissie,
mais sans former de squames qui se
détachent.

Les macules rougeâtres fortement
squameuses ne sont pas modifiées.
« Sur la plupart des lésions, variant
suivant les localisations, on note
ici de fines squames gris blanchâtre,
là des squames épaisses, jaunâtres,
grasses, qui se laissent facilement
enlever en totalité. »

1. *Archiv. für Dermatologie und Syphiligraphie*, Bd 141-Heft, p. 193, 3 figures.

**Papillomatose papuleuse con-
fluente et réticulée.**

**Épidermodysplasia verruciformis
de Lutz et Lewandowski.**

Le grattage méthodique de Brocq arrache de fins lambeaux de l'épiderme sans squames indépendantes et le saignement apparaît rapidement.

« Lorsqu'on les a enlevées, apparaît une surface humide plane, divisée en nombreuses facettes polygonales par de fins sillons. »

La neige carbonique a guéri la partie cautérisée et semble amener la régression à distance des zones non criocautérisées. La radiothérapie ne fut pas tentée.

« La radiothérapie a guéri momentanément, mais la récurrence se produit un mois après. »

Pas de néoplasie.

« Depuis deux ans une tumeur a commencé à se développer sur le côté droit du front, et sur le côté gauche du front, il y a six mois est survenu un nodule semblable. » La biopsie a confirmé qu'il s'agissait d'un « cancroïde ».

La papillomatose est discrète, la ligne de l'épiderme est sinueuse. Il n'y a pas de vacuolisation cellulaire.

Épaississement de toutes les couches de l'épiderme, comme dans les verrues planes juvéniles, mais de plus dégénérescence vacuolisante des cellules de l'épiderme pénétrant jusqu'à la basale¹.

1. Rappelons ici que tous les dermatologistes ne considèrent pas l'épidermodysplasia verruciformis comme une dermatose nouvelle. Hoffmann fait rentrer cette affection dans le cadre de la verrucose généralisée pour des raisons diverses : raisons cliniques tout d'abord : l'épidermodysplasia est presque toujours combinée aux verrues planes et vulgaires et l'on note toute une série de formes de passage. Hoffmann considère que la vacuolisation cellulaire se rencontre (ceci du reste moins souvent) également dans les verrues vulgaires. (*Dermat. Zeitschrift*, t. LVIII, p. 241, année 1926.)

**Papillomatose papuleuse con-
fluente et réticulée.**

Maladie de Darier¹.

Débute entre quinze et vingt-cinq ans. Pas de caractère familial ni héréditaire.

Début plus précoce, 50 p. 100 des cas avant dix ans. Caractère familial et héréditaire si manifeste qu'on a pu prononcer à son profit le nom de génodermatose.

Lésions débutant par la région intermamillaire, siège de leur maximum. Peuvent s'étendre, mais ne se généralisent pas. La face reste intacte ainsi que le cuir chevelu.

Lésions ayant pour siège d'élection : la face surtout, les tempes et les sillons naso-géniens, le cuir chevelu, les gouttières présternales et interscapulaires, la région périgénitale et les grands plis articulaires.

Parfois le tronc et les membres sont pris également.

La lésion élémentaire est une petite papule verruqueuse finement grenue, pigmentée.

L'élément éruptif typique est une papule recouverte d'une croûte d'un brun grisâtre, ayant les dimensions d'une tête d'épingle à celle d'une petite lentille. Papule non pigmentée.

Le grattage méthodique de Brocq ne donne pas de squames. Il est impossible de détacher des croûtelles avec une aiguille. Les papules verruqueuses ne sont pas folliculaires.

Il est possible de détacher la croûte dure et cornée saillante ou aplatie et l'on constate qu'elle est enchâssée dans une dépression infundibuliforme à bords surélevés, dans laquelle elle envoie un prolongement mou et jaunâtre d'aspect sébacé. Cette dépression est l'orifice dilaté d'un follicule pilo-sébacé. Il y a cependant des éléments qui ne sont pas folliculaires.

Dans les aisselles nous n'avons observé qu'un épaississement en nappe de l'épiderme, avec augmentation des crêtes papillaires parallèles.

Dans les aisselles, les aines, et dans toutes les parties humides, on a parfois observé des végétations rosées, globuleuses ou cratériformes conglomérées en chou-fleur ou en amas fongoides, répandant une odeur fétide.

1. M. DARIER lui-même, après avoir examiné notre malade n° I, a déclaré qu'il ne s'agissait pas de l'affection qui porte son nom.

**Papillomatose papuleuse con-
fluente et réticulée.**

Maladie de Darier.

Biopsie : pas de grains dans les
croûtes ni de corps ronds dans la
matière sous-jacente.

Lésions histologiques très particu-
lières, nécessaires et suffisantes pour
poser le diagnostic de maladie de
Darier, « grains dans les croûtes... »
et « corps ronds dans la matière sous-
jacente ».

**Papillomatose papuleuse con-
fluente et réticulée.**

Maladie de Fox Fordyce.

S'observe dans les deux sexes.

Très spécial au sexe féminin.

Nous n'avons pas encore observé
de cas chez des Sémites.

Prédilection pour les Sémites.

Siège avant tout à l'espace inter-
mammariaire où est le maximum des
lésions, à l'espace interscapulaire, au
sacrum et aux aisselles.

Prédilection régionale mais diffé-
rente : aisselles (où est habituelle-
ment le maximum des lésions), pubis,
grandes lèvres, périnée, zone péri-
mamelonnaire. En résumé, là où se
rencontrent les glandes apocrines.

La lésion élémentaire est une
papule plate, finement grenue et pa-
pillomateuse.

La lésion élémentaire est une pa-
pule hémisphérique ou légèrement
conique.

La papule papillomateuse est gri-
sâtre puis brunâtre, plus ou moins
pigmentée.

La papule de la maladie de Fox
Fordyce est de coloration presque
normale, pouvant paraître même
vaguement translucide.

La peau intermédiaire aux pa-
pules est normale.

La peau intermédiaire aux pa-
pules est ordinairement pigmentée.

Les papules forment des nappes
d'un aspect réticulé typique.

Les papules sont ramassées en un
semis serré, très différent d'un réti-
culum.

Sécrétion sudorale non troublée.

Sécrétion sudorale très souvent
augmentée.

Il n'y a pas de prurit, ou prurit
très léger.

Prurit parfois intense.

Pas de lésions glandulaires impor-
tantes.

Dilatation marquée et quelquefois
kystique des glandes apocrines.

**Papillomatose papuleuse con-
fluente et réticulée.**

Acanthosis Nigricans.

La papule papillomateuse, est
plane, peu saillante.

Les papillomes que l'on peut ob-
server sont sessiles ou pédiculés.

La pigmentation est inconstante
et reste modérée.

La pigmentation de l'acanthosis
est très foncée et la peau prend une
teinte brune ou même noire com-
parable à une écorce d'arbre.

La rugosité est peu marquée et
dans les aisselles il n'y a qu'exagé-
ration des vagues épidermiques nor-
males.

L'état rugueux du tégument est
très prononcé.

La disposition confluyente et réti-
culée des éléments est très particu-
lière.

On ne retrouve nulle part une
telle figuration.

Pas de néoplasie.

Presque toujours symptomatique
d'un cancer latent.

DOCUMENTS COMPARATIFS

La papillomatose papuleuse confluent et réticulée se rapproche mais reste différente des papillomatoses type Gougerot et Clara et type Gougerot Clara et Bonnin dont nous rappelons ci-dessous les observations à titre de comparaison. (Ces deux types sont très proches, et de la même série mais distincts.)

Dans le type : Gougerot et Clara, le début s'est fait alors que le sujet était plus jeune, la topographie est différente : la tête est envahie, la face et le cuir chevelu, les muqueuses sont prises (voûte palatine). La figuration n'est pas identique : les papules restent distinctes, ne confluent pas en nappe uniforme et ne dessinent pas de réticulum. La lésion élémentaire est papulo-vésiculeuse, plus saillante et la curette permet d'enlever les squames croûtes. Il y a un érythème diffus, squameux et ponctué du cuir chevelu et de la face, de la porokératose palmo-plantaire. On observe des variations saisonnières étranges.

Dans le type Gougerot, Clara et Bonnin, la topographie est également différente : mains, face, cou, etc., la lésion débutante est papulo-vésiculeuse. La lésion adulte est elle-même plus large, plus verruqueuse. Quand les éléments confluent, ils ne forment pas de réticulum. Enfin, on note également dans ce cas de la porokératose palmo-plantaire.

PAPILLOMATOSE PONCTUÉE, VERRUQUEUSE ET GÉNÉRALISÉE

(Type GOUGEROT et CLARA.)

(*Annales des Maladies Vénériennes*, nov. 1917, n° 13, page 641.)

Le malade, homme vigoureux, terrassier, âgé de trente ans, sans antécédent héréditaire familial ou personnel notable, a vu débiter la dermatose actuelle vers l'âge de treize ans. Les lésions cutanées commencèrent par les flancs. Il fut soigné à cette époque à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Danlos, sans succès. Un an après, les lésions se généralisaient au tronc et à la tête. Depuis l'âge de dix-huit ans la dermatose n'a pas envahi d'autres régions ; elle reste dans le même état, sauf variations saisonnières : chaque année au printemps, elle présente, en effet, une poussée sur la tête, qui persiste durant tout l'été et guérit spontanément en automne. Cette fixité de l'éruption du tronc depuis l'âge de treize ans, cette fixité de l'éruption céphalique avec ses variations saisonnières sont tout à fait remarquables.

Cette année 1916, il a eu, comme toutes les autres années depuis douze ans, une poussée printanière au mois de mai et c'est pour elle qu'il est envoyé à notre centre.

A l'entrée dans le Service, le 13 août 1916, l'éruption toujours symétrique couvre tout le cuir che-

velu, toute la face, la voûte palatine, tout le cou descendant en pèlerine jusqu'aux épaules, elle envahit les aisselles, les parties médianes du thorax en avant et en arrière, dessinant un triangle à base cervicale qui se raccorde avec la « pèlerine » du cou, triangle à sommet xyphoïdien en avant, à sommet lombaire en arrière, avec quelques papules disséminées sur les seins ; elle couvre tout l'abdomen surtout vers les aines et la région sus-pubienne (la limite supérieure étant marquée par des lignes courbes qui suivent vaguement le trajet des fausses côtes), les lombes (où

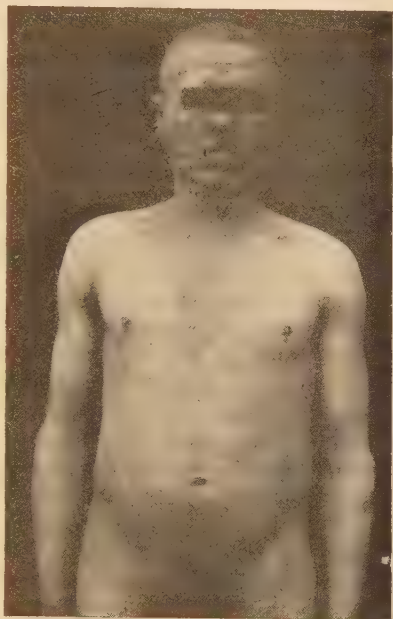


Fig. 7. — Papillomatose, ponctuée pigmentée, verruqueuse type Gougerot et Clara. (Vue d'ensemble prise de face en août 1916.)

les lésions dessinent un vague losange à sommet supérieur thoracique, à sommet inférieur coccygien), les aines, les plis inguinaux-cruraux et scrotaux (formant aux faces internes et antérieures des cuisses, lorsque les genoux se touchent, un grand triangle à base supérieure inguinale et à sommet inférieur situé à 10 centimètres au-dessus de l'interligne du genou), les faces de flexion de l'avant-bras, où les éléments sont rares, les creux poplités, les paumes et les plantes. Cette topographie est spéciale : la localisation maxima est aux aines et à la région sus-pubienne et péri-génitale, l'éruption se localise avec prédilection sur les régions dites « séborrhéiques » : tête, zones médio-thoraciques, etc., et les plis articulaires : aisselles, aines, surtout, creux poplités, etc. ; mais les autres zones ne sont pas entièrement épargnées, et l'on note de petites papules rares et dispersées un peu partout.

Les lésions toutes parfaitement symétriques sont de trois ordres : 1° papules ponctuées, verruqueuses du cou, du tronc et des membres ; 2° érythème squameux et ponctué du cuir chevelu et de la face ; 3° porokératose palmo-plantaire.

Sur le cou, le tronc, les membres, les lésions sont formées par des milliers de petites papules de 1 à 3 millimètres, rarement 4 millimètres de diamètre, disséminées irrégulièrement, tantôt contigues, tantôt espacées les unes des autres de 1 à 10 millimètres, rarement confluentes, allant du rose vif au rouge bistre. En regardant de près leur surface apparaît plane ou plutôt légèrement convexe et recouverte d'un épiderme épais, sale, terne, brunâtre, dur, très finement verruqueux comme l'est une verrue juvénile. On enlève difficilement à la curette cet épiderme épaissi ; on voit alors que cette croûte verruqueuse est enchâssée dans l'épiderme de la papule dont elle n'est qu'un épaississement et qu'elle n'envoie par sa face profonde aucun prolongement dans cette papule : on ne découvre pas de pore glandulaire dilatée et l'on ne peut dire si ces papules sont péripilaires ou non. La surface de la papule ainsi dénudée est saignante, papillomateuse, formée par des papilles hypertrophiées ; chaque papille reste sur le même plan que les autres, et, très petites, les papules sont disséminées sur une peau tantôt normale, tantôt et le plus souvent kérosique, c'est-à-dire sur un épiderme légèrement épaissi, terne, sale, bistré aux régions les plus atteintes et où les sillons et plicatures épidermiques sont plus marqués que normalement. Les sécrétions sébacées et sudorales sont disséminées.

La lésion débutante est une papulo-vésicule de un demi à un millimètre, acuminée. La vésicule minuscule qui la surmonte est d'abord remplie d'une gouttelette de sérosité, puis cette sérosité louchit. Excoriée, la vésicule montre une petite surface concave sur le sommet de la papule non encore papillomateuse. Très rapidement la vésicule se sèche et l'épiderme s'épaissit et devient verruqueux, pendant que la papule grandit : progressivement on arrive à l'élément adulte décrit ci-dessus.

Cette lésion adulte reste fixe pendant des années, affirme le malade, au moins pendant des mois, ainsi que le prouve une observation attentive. Elle ne régresse qu'exceptionnellement, laissant une macule rosée et pigmentée. En effet, à la face externe des avant-bras, à la région inguinale, de nombreux éléments ont guéri, laissant une zone rose, puis pigmentée suivant

l'ancienneté. Sur cette zone se détachent de petites macules plus nettes, répondant à des papules plus récemment disparues. Il n'y a jamais eu végétation ni suintement dans les plis cutanés.

Au cuir chevelu et à la face, toute la peau est rouge, squameuse, recouverte de squames-croûte, jaunâtres, diffuses, irrégulières de forme et d'épaisseur, assez adhérentes, laissant voir quand on les arrache des exulcérations de la dimension d'une grosse tête d'épingle à une lentille. Les croûtes prédominent sur le vertex, le front, les tempes, les sillons nasogéniens, sur-

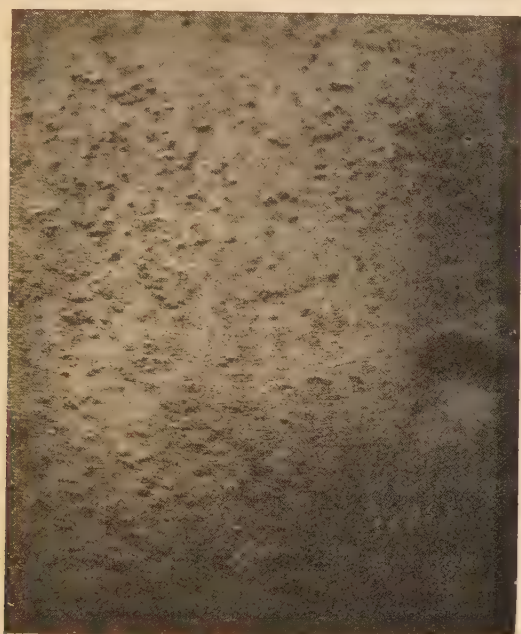


Fig. 8. — Papillomatose ponctuée, pigmentée, verruqueuse type Gougerot et Clara : Vue des lésions périombilicales en août 1916 Les papules restent isolées, ne confluent pas, ne prennent pas la disposition réticulée.

tout les pavillons, les plis rétro-auriculaires allant jusqu'à former des placards exulcéreux fissurés. Dans les sillons nasogéniens, les spores glandulaires sont secs, dilatés, ponctués, donnant l'aspect des porokératoses.

Les cheveux sont secs, ternes, rares sur certaines zones, donnant l'aspect d'une alopecie en clairière. La voûte palatine, la seule muqueuse atteinte est criblée de papules identiques à celle du tronc et confluentes ; la muqueuse apparaît donc épaissie, papillomateuse, rouge.

Les paumes des mains et les plantes des pieds sont rouges, légèrement hyperkératosiques, ce qui traduit un aspect talqué de l'épiderme et des plis ; on n'y aperçoit aucune papule verruqueuse, mais elles sont criblées de ponctuations déprimées, blanchâtres, de 1/2 à 1 millimètre (porokératose). Les paumes sont toujours sèches alors que la face dorsale des mains qui montrent

de petites papules verruqueuses hyperkératosiques donne une abondante transpiration à l'occasion du travail. Les ongles sont cannelés en long et épaissis.

L'état général n'est pas atteint. Il n'y a pas de lésion viscérale ni de troubles nerveux : les urines sont normales. Les essais thérapeutiques les plus variés furent tour à tour tentés : depuis les préparations réductrices faibles (pâte de Gaucher) jusqu'aux mélanges réducteurs forts et exfoliants (pâte chrysophanique de Drew, huile, vaseline, pâte, solution, résorcinées : baume de Duret : pâte à la magnésie, au chlorate de potasse, à l'essence de thuya, etc., pâtes mercurielles, salicylique, etc., emplâtres, teinture d'iode, etc.). Les pâtes exfoliantes à la résorcine ou à la chrysarobine et au savon noir décapent les croûtelles verruqueuses mais laissent les petites papules sous-jacentes et parfois ces mélanges irritants font éclore des lésions épidermiques irritées. La teinture d'iode suivie de pâtes résorcinées a été le meilleur topique, mais impuissant à amener la guérison. Toutefois, si les médicaments externes ne guérissent pas les lésions constituées, ils semblent enrayer la production des lésions, car les papules se multiplièrent sur le tronc, lorsque, de guerre lasse, et, pour mieux juger des effets de la radiothérapie, on abandonna les topiques forts.

La radiothérapie a été le seul procédé efficace : elle fut faite à la dose de 5 H par MM. Ledoux, Lebard et Chabaneix : elle amena la guérison de lésions ainsi que le prouvent les photographies déposées au musée de l'Armée : le cercle irradié est formé de peau lisse bistrée dépourvue de papules et ressort au milieu du tégument environnant criblé de papules verruqueuses : mais cette guérison sera-t-elle durable ? Nous ne le savons pas, car le malade a été réformé et renvoyé dans ses foyers. Suivant la règle des autres années, les lésions de la face et du cuir chevelu qui avaient résisté à tous les traitements et qui n'avaient pas été irradiées, regressent spontanément et très nettement dès la fin de novembre, plus encore en décembre. L'évolution saisonnière que nous avait annoncée le malade pour les lésions de la tête est donc certaine.

Histologie. — Le maximum de lésions est dans l'épiderme, la lésion est une énorme hypertrophie de l'épiderme avec parakératose et dyskératose, elle est comparable aux verrues, quoique différente d'elles par l'absence de grosses et longues papilles ; elle est tout à fait différente de la psorosperme végétante de Darier. (La pièce examinée provient d'une biopsie de la région inguinale.)

Épiderme. — L'épiderme dans son ensemble est papillomateux et surtout hypertrophié dépassant 5 à 6 fois son épaisseur normale. L'hypertrophie papillomateuse est irrégulière et l'on ne voit pas des papilles parallèles toutes de même grandeur.

La couche cornée est très épaissie, tantôt lisse, tantôt effritée (hyperkératose) ; la plupart des assises cornées restent nucléées (parakératose), les cellules et noyaux très aplatis forment des strates parallèles compacts. De-ci de-là, on aperçoit au milieu de ces strates feuilletées, des grosses cellules

cornées, arrondies, nucléées (dyskératose). La granuleuse est hypertrophiée, comptant 4 à 6 rangées de cellules.

La couche de Malpighi est nettement hypertrophiée : rangées de cellules plus nombreuses, cellules plus grosses, plus basophiles, noyaux plus chargés de chromatine, etc. On note même quelques karyokinèses en pleine couche de Malpighi.

De-ci de-là, on note dans cette couche de Malpighi trois formations pathologiques.

1^o De grosses cellules épidermiques basophiles, arrondies, ballonnées, creusées d'une grosse vacuole qui contient une cellule malpighienne arrondie, formée d'un gros noyau ponctué et d'une couche relativement mince de protoplasma sans prolongements épineux visibles.

2^o Des cellules cornées arrondies avec noyau basophile (dyskératose).

3^o Des ébauches de globes cornés : un centre corné très petit est constitué par quelques cellules cornées aplaties le plus souvent parakératosiques et entouré par une couronne épaisse de cellules granuleuses.

L'assise germinative basale est hypertrophiée, les cellules larges en palissade, sont mêlées de cellules épidermiques légèrement orangéophiles. Il n'y a ni exocytose, ni exocérose épidermique, ni dissolutions cellulaires.

Derme. — Les papilles sont irrégulières, légèrement allongées, mais beaucoup moins que dans les verrues banales ; elles sont étroites semblant comprimées entre les gros prolongements épidermiques. Le tissu conjonctif des papilles paraît plus dense sans doute plus par tassement que par sclérose, les cellules fixes ont réagi : il n'y a guère d'exocytose ; les capillaires sont étroits à parois légèrement épaissies et parfois fibreuses.

La couche sous-papillaire est formée de faisceaux conjonctifs fins tassés avec capillaires étroits et infiltration légère de cellules fixes, lympho-conjonctives, fusiformes, de cellules rondes moyennes et petites (lymphocyte). Cette infiltrat ne forme jamais de traînées ni de nodules compacts.

Le derme dans ses couches superficielles présente les mêmes lésions. Le derme profond est normal.

Il n'y a pas de lésion spéciale des glandes ni des orifices pilo-sébacés, la papule verruqueuse n'est pas obligatoirement périplaire : par conséquent les lésions dans leur ensemble sont différentes de l'acné cornée végétante ou psorospermeuse végétante de Darier.

Discussion nosologique. — Quel diagnostic poser ?

Au premier abord on pense à l'acné cornée, végétante ou psorospermeuse folliculaire végétante et la malade nous dit qu'il fut présenté sous ce diagnostic à la *Société de Dermatologie* par MM. Danlos et Gastou : c'est la même topographie, la même symétrie, le même début dans l'adolescence, le même aspect extérieur des papules, la même hyperkératose ponctuée des paumes et des plantes, mais quand on examine les lésions, et lorsqu'on étudie l'évolution on note de nombreuses différences.

Les lésions élémentaires adultes sont différentes : « L'élément éruptif jeune (de la maladie de Darier) est une papule recouverte d'une croûte

d'un brun grisâtre ayant les dimensions d'une tête d'épingle à celles d'une petite lentille. Si l'on enlève la croûte, dure et cornée, saillante ou aplatie, assez adhérente, on constate qu'elle est enchâssée dans une dépression infundibuliforme à bords surélevés, dans lequel elle envoie un prolongement mou et jaunâtre d'aspect sébacé ; cette dépression est l'orifice dilaté d'un follicule pilo-sébacé » (Darier).

Par places les lésions cornées sortent d'orifices glandulaires fort dilatés distendus par des concrétions solides plus ou moins proéminentes, les unes acuminées, les autres obtuses ou hémisphériques. La plupart des auteurs qui se sont occupés de ces affections ont insisté sur la dépression ou le pertuis cratériforme central de la plupart des lésions ; ce pertuis cratériforme est circonscrit par un bord annulaire, épais, lisse, qui peut être exulcéré. Il est parfois possible, quand on exprime ces tumeurs, de faire sourdre par cet orifice de la matière sébacée pure ou mélangée à du pus (Lutz, Darier et Thibault) (Brocq). Rien de semblable dans notre cas : pas de croûte enchâssée, pas de prolongement mou et jaunâtre, pas d'orifice glandulaire dilaté.

La lésion débutante semble être dans notre cas une papulo-vésicule, alors que dans la maladie de Darier elle est constituée par des « saillies extrêmement fines, comparables à des pointes d'épingles, sèches, brillantes, plus petites que la plus petite papule de lichen, visibles seulement à jour frisant : avec le temps ces petites papules se multiplient : enfin elles forment par leur réunion ces surfaces verruqueuses qui ont été plusieurs fois comparées à des verrues planes » (Dufort). Dira-t-on que dans notre cas il s'agit d'une maladie de Darier arrêtée à son premier stade ? Cette hypothèse est invraisemblable et il n'en resterait pas moins que la lésion élémentaire n'est pas celle de la maladie de Darier.

Les papules, sauf exception, restent distinctes chez notre malade, même lorsqu'elles sont contiguës ; dans la maladie de Darier « les malades remarquent au début une teinte crasseuse et un état rugueux ; puis les croûtes confluent en nappes verruqueuses » (Darier).

Il n'y a pas dans les plis articulaires les « masses formées par de longues excroissances en chou-fleur à sécrétion fétide » que l'on observe assez souvent dans les maladies de Darier anciennes.

L'évolution saisonnière des lésions céphaliques, cette régression presque complète en hiver, annoncée par le malade et constatée par nous, cette poussée printanière et estivale sont irrégulières : la maladie de Darier « reste indéfiniment stationnaire ».

Enfin la structure histologique est tout à fait différente dans notre cas et dans la maladie de Darier.

Les diagnostics de lichen plan, syphilides lichénoïdes, pityriasis rubra pilaire, acné cornée, kératose pilaire, lichen spinulosus, verrues juvéniles, verrues séniles, acanthosis nigricans, molluscum contagiosum, etc., ne sont pas soutenables. Les verrues familiales héréditaires avec « dyskératoses disséminées et à répétition » d'Emery, Gastou, et Nicolau, paraissent différentes quoique voisines de notre cas.

La dermatose de notre malade se rapproche peut-être des cas mal classés

que Darier groupe sous le nom « d'ichthyose folliculaire ». Ce terme et celui de la kératose folliculaire ont été employés de divers côtés pour désigner des affections actuellement inclassables ressemblant soit à la psorospermose folliculaire, mais sans dyskératose, soit à des nævi hyperkératosiques, ostio-folliculaires, etc. Brooke en a décrit une forme « familiale et contagieuse » (Darier, p. 383). Mais ces faits sont si mal connus que l'on ne peut faire une identification : il ne s'agit pas en tout cas, d'une variété d'ichthyose, ni de nævi au sens français et habituel de ces mots ; il n'est pas prouvé que les lésions de notre malade soient folliculaires ou péripilaires et elles sont bien différentes de la kératosis folliculaire contagiosa de Brooke.

En résumé : il semble qu'il s'agisse chez notre malade d'un type clinique nouveau. Mais son étiologie et sa pathogénie restent indéchiffrables.

S'agit-il d'une déviation de l'évolution épidermique, d'une dystrophie dyskératosique, papuleuse, verruqueuse, presque néoplasique ? L'ensemble des lésions, l'aspect des lésions céphalgiques et la popokératose palmo-plantaire, l'évolution saisonnière incitent à la croire.

S'agit-il d'une infection cutanée due à un germe inconnu comparable à celui des verrues ? Cette hypothèse serait la plus claire et elle a pour elle des analogies, mais elle a contre elle l'absence de contagiosité.

Il serait prématuré de conclure. En tout cas, on ne peut invoquer ni intoxication comparable aux bromides, aux arsénicides, ni néoplasies, ni lucites, comparables aux xéoderma pigmentosum. L'heureuse action de la radiothérapie ne tranche pas ce problème. Il faut donc, faute de mieux, se contenter d'une appellation clinique.

PAPILLOMATOSE PIGMENTÉE INDÉTERMINÉE
AVEC ÉLÉMENTS DÉBUTANTS PAPULO-VÉSICULEUX
ET POROKÉRATOSE PALMO-PLANTAIRE

(Type : GOUGEROT, CLARA et BONNIN.)
(*Soc. Dermato.*, 12 juin 1919, n° 5, page 218.)

Il s'agit d'un homme vigoureux, sans antécédents antérieurs, sujet dont les parents sont septuagénaires et qui a quatre frères et sœurs bien portants.

Le début s'est fait en mai 1915, alors que le malade était au front des Vosges. Les premières lésions apparurent à la face dorsale des mains, des poignets et des avant-bras. Puis, en février 1917, la face palmaire fut envahie en même temps que le cou et le visage.

Le 26 février 1918, date à laquelle nous avons examiné le sujet, les lésions sont symétriques. Elles occupent les mains, les poignets, la face, le cou et la face interne des cuisses. Elles sont surtout confluentes sur le dos des mains et y forment là une véritable nappe.

Lésion élémentaire adulte. — C'est une papule convexe, finement grenue, haute de 1 à 2 millimètres, large de 3 à 5 millimètres, de couleur allant du rose au brun. Partout les papules sont séparées de quelques millimètres à quelques centimètres, mais sur la face dorsale des mains confluent en large placard couvrant tout le dos des mains. Il s'agit de placard mamelonné car chaque élément conserve sa convexité. L'épiderme est terne, épais, dur, légèrement verruqueux. Avec une aiguille, on enlève facilement cet épiderme par clivage. A la face profonde, on note quelques petits prolongements qui plongent dans le derme, laissant une surface répondant à la base de la papule et criblée de petits pertuis saignants.

La lésion débutante est une petite papule conique de 1 à 2 millimètres de diamètre, rose, dont l'épiderme arraché avec une aiguille semble vésiculeux et laisse voir un épiderme et un derme hypertrophiés déjà papillomateux.

En quelques semaines, elle augmente de netteté, devient bistre, puis en certains points brune, elle prend peu à peu l'aspect des lésions d'adulte. Quelques-unes guérissent spontanément, mais rarement maintenant dit le malade. C'est surtout sur les avant-bras qu'il a vu ce processus de régression spontanée il y a quelques mois. On voit alors l'épiderme brun, criblé de points dépigmentés semblant être la cicatrice de papules anciennes.

Sur la face et le cou, les papules sont de dimension un peu plus grande, le plus souvent de 1 à 6 millimètres, disséminées, séparées les unes des autres par des intervalles de plusieurs millimètres, quelquefois de 1 à 2 centimètres.

Leur teinte au cou est particulièrement sombre, allant jusqu'au brun-noir. Aux tempes et sur le front il y a complication d'éléments papulo-vésiculeux,

ressemblant à l'eczéma papulo-vésiculeux, mais peut-être ne sont-ce que des lésions débutantes. Ces lésions s'arrêtent à la limite du cuir chevelu. Aucune lésion buccale. A la partie supérieure de la face interne de la cuisse, on note quelques éléments disséminés mais moins durs, ramollis par macération résultant du contact des épidermes.

Les paumes des mains et la plante des pieds sont de coloration normale, légèrement hyperkératosiques. On n'y voit aucune verrucosité, mais d'innombrables ponctuations cornées, déprimées, translucides de un demi à un millimètre de porokératose. La paume des mains est beaucoup plus sèche depuis le début de l'affection et le malade doit être obligé de se cracher très souvent dans les mains s'il tient un outil. Les ongles des mains et des pieds sont épaissis, cannelés et déformés. Certains ont l'aspect de griffe.

En résumé, il existe trois sortes de lésions :

Des papules adultes, arrondies, convexes, verruqueuses, de la face, du cou, de la face interne des cuisses, de la face dorsale des mains et des pieds, différentes des verrues vulgaires, différentes des verrues séniles, différentes des verrues planes.

Des lésions débutantes coniques semblant vésiculeuses.

De la porokératose palmaire et plantaire.

Rien à signaler pour l'état général. Il s'agit de lésions fixes, sans poussées saisonnières. On ne note que de vagues démangeaisons.

Tous les traitements sont restés inefficaces : à l'intérieur, arsenic ; à l'extérieur, pommades les plus diverses : salicylées, mentholées, camphrées, chrysophaniques, Duret, emplâtres et enfin radiothérapie.

Biopsie. — La biopsie d'une lésion du dos de la main a montré une papule à épiderme corné, à surface moins verruqueuse et moins papillomateuse qu'on aurait pu le croire à l'aspect clinique.

La surface cornée est irrégulièrement ondulée, mais non villeuse. De même de la ligne de jonction de la couche cornée et du corps de Malpighi. Les papilles sont hypertrophiées, mais irrégulièrement dessinées. Ce ne sont pas les papilles régulièrement rangées, parallèlement et très allongées des verrues vulgaires.

La couche cornée est extrêmement épaissie, atteignant le triple et le quadruple de l'épaisseur du corps muqueux. Les strates cornés sans diskératose, sans parakératose, sans exocytose, sans exosero, forment une couche feuilletée, homogène, avec des fissures petites, parallèlement superposées. Au point de vue microchimique, après coloration par l'hémateïne-éosine-orange, on a de l'extérieur vers l'intérieur une zone violacée, une zone violacée et rosée, une zone épaisse orangée claire, une zone orangée foncée en contact avec la granuleuse. Cette zone, stratum lucidum est très épaissie. La granuleuse est très épaissie, comprenant quatre à huit lits de grandes cellules très granuleuses. Le corps muqueux de Malpighi est épaissi, comprenant douze à quinze lits cellulaires. Il n'y a ni œdème, ni leucocytes.

La couche germinative est formée de petites cellules à noyaux semblant très actives et comprend trois à quatre lits cellulaires superposés. Les papilles qui ne semblent pas multipliées sont grosses et irrégulières. Les cônes inter-

papillaires sont élargis et irréguliers. Dans les papilles et dans la couche sous-papillaire, les papillaires sont à parois épaissies, mais non dilatées.

Le tissu conjonctif est en réaction lympho-conjonctive discrète. Les cellules conjonctives sont augmentées, fusiformes ou étoilées, assez nombreuses. Rares mononucléaires en migration.

Pas de lésions des glandes et des orifices glandulaires.

L'étiologie reste inconnue.

VI

CONCLUSIONS

I. — Parmi les papillomatoses encore inconnues et non décrites, on peut décrire un type nouveau : la papillomatose papuleuse confluente et réticulée.

Ce type se caractérise par de petites papules verruqueuses de 2 à 4 millimètres, ressemblant à des verrues planes gris brunâtre, donc souvent pigmentées qui confluent bientôt en une nappe plus ou moins étendue et dessinent sur les bords des placards un réseau papillomateux à larges mailles de 5 à 15 millimètres de peau saine ; de petites papules restent isolées en bordure dans la zone d'envahissement ; les lésions débutent et prédominent dans la région inter-mammaire et épigastrique reproduisant un vaste losange à grand axe vertical.

Elles peuvent envahir les plis sous-mammaires vers les aisselles, la ligne blanche de l'abdomen, le pubis et au dos la région médiane interscapulaire. Aux aisselles, elles forment une hypertrophie en nappe des papilles avec exagération des plis.

L'évolution est chronique.

II. — Cette papillomatose est distincte de : verrues vulgaires, verrues planes, verrues séniles, maladie de Darier, maladie de Fox Fordyce, épidermodysplasia verruciformis, acanthosis nigricans et des papillomatoses ponctuées verruqueuses et généralisées avec porokératose type Gougerot, Clara et type Gougerot, Clara et Bonnin.

III. — L'étiologie et la pathogénie restent encore inconnues.

Vu :

Le Doyen,

ROGER.

Vu :

Le Président de Thèse,

Professeur GOUGEROT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :·

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMOWITZ. Verrucae planae juveniles, New-York acad. *Of. med. section on dermatology*, 2 février 1926.
- BRANDÈS. Über die Beziehungen zwischen der verrucae vulgares und den condylomata acuminata. *D. W.*, 31 octobre et 7 novembre 1925, pp. 1583 et 1628.
- DARIER. *Précis de Dermatologie*, année 1928.
- FREY. Zur frage der ætiologischen beziehungen der warzen und spitzen kondyloma. *Schweiz med. Wochenschr.* 24, n° 9 et 10, pp. 215 et 239.
- GLAUBERSOHN (Kieff). Contribution à l'étude de la verrucose généralisée (epidermodysplasia verruciformis). *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, année 1928, n° 5, p. 378.
- GOUGEROT et CARTEAUD. Papillomatose pigmentée innominée. *Soc. Franç. de Dermato. et de Syphiligr.*, 10 novembre 1927.
- GOUGEROT et CARTEAUD. Papillomatose pigmentée innominée. *Soc. Franç. de Dermato et de Syphiligr.*, 8 mars 1928.
- GOUGEROT et CARTEAUD. Comparaison de l'epidermodysplasia verruciformis et de la papillomatose pigmentée papuleuse et réticulée. *Soc. Franç. de Dermato et de Syphiligr.*, 19 avril 1928, p. 288.
- GOUGEROT et CARTEAUD. Troisième cas de papillomatose pigmentée papuleuse et réticulée. *Soc. Franç. de Dermato. et de Syphiligr.*, 19 avril 1928, p. 290.
- GOUGEROT et CLARA. Papillomatose ponctuée verruqueuse généralisée. *Annales des maladies vénériennes*, nov. 1927, n° 13, p. 641.
- GOUGEROT, CLARA et BONNIN. Papillomatose pigmentée indéterminée. *Soc. Franç. de Dermato. et de Syphiligr.*, 12 juin 1919, n° 5, p. 218.
- HOFFMANN. A propos des verrucoses généralisées. Rapports avec l'epidermodysplasia verruciformis. *Dermatologie Zeitschrift*, année 1926, t. 68, p. 241.
- KÜHNEMANN. Monatsh fur praktis. *Dermato*, 9-17 1889.
- LEXANDOWSKI et LUTZ. *Archiv. fur dermatologie und syphiligraphie*. Bd-141-Heft 2, p. 193.
- PAYNE. *Brit. J. Dermato.* 3-185, 1891.

SERRA. Studi sul virus della verrucae, del papilloma del condiloma acuminato (Etiologia, patogenesi, filtrabilita). Nota preventiva, *G. I. M. V.*, déc. 1924, p. 108.

WILE et KINGERY. The etiology of common warts : preliminary report of an expérimental study. *J. Am. M. Assoc.* Chicago, 1919, I, pp. 970, 973.



IMPRIMERIE
CH. HÉRISSEY
à ÉVREUX ::